

Dr. Wolfgang Schütz

Österreich gehen die Ärzte aus

Dem Grundgerüst der
Gesundheitsversorgung droht ein
Zusammenbruch, aber man kann ihn –
noch – abwenden.



Landesweit wird über Ärztemangel geklagt, sei es in den Spitälern, sei es, dass Patienten keinen wohnortnahen niedergelassenen Arzt mehr finden oder, wenn doch, dort stundenlange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Der ärztlichen Versorgung, dem Grundgerüst der Gesundheitsversorgung, steht daher ein Zusammenbruch bevor, sollte sich am gegenwärtigen Zustand nichts ändern, ließe man ihn fortlaufen, wie er ist. Das Bündel an Vorhaben, die rasch umzusetzen wären, ist hochpolitisch, erfordert die volle Durchsetzungskraft der Regierungsverantwortlichen, da alteingesessene föderale Strukturen und Interessensstrukturen, soweit sie gesundheitspolitische Angelegenheiten betreffen, aufgelöst oder zumindest neu geordnet gehören. Die Umsetzung muss *in toto* erfolgen, mit anlassbezogenen Lösungen dazwischen würde der endgültige Zusammenbruch nur kurzzeitig hinausgeschoben. Ein „großer Wurf“ ist vielmehr notwendig, der beinhalten muss:

1. Ein Arbeitszeitgesetz für Ärzte, das keine Patienten gefährdet

Die Überschrift mag paradox klingen, da ein Arbeitszeitgesetz für Ärzte diese vor Übermüdung schützen und damit vor allem der Sicherheit der Patienten dienen soll. Aber: eine so radikale Verkürzung wie im Jahr 2015 von einer maximal erlaubten durchschnittlichen Gesamtwochenarbeitszeit von 60 auf 48 Stunden hat negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung anderer Natur, die *gleichzeitig* hätten abgefangen gehört, es aber nicht wurden. Denn da der einzelne Spitalsarzt jetzt weniger arbeiten und mehr ruhen muss,

- sind im Krankenhaus, wenn die Zahl der Ärzte gleichbleibt, weniger Ärzte anwesend, die Wartezeiten – vor allem in den Spitalsambulanzen – erhöhen sich dramatisch;

Autor: Dr. Wolfgang Schütz

© April 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Österreich gehen die Ärzte aus

Seite 1 von 7

- verkürzt sich die Ausbildung der Jungärzte, da die Ausbildungsdauer von sechs Jahren (Facharzt) und vier Jahren (Allgemeinarzt) unverändert bleibt; vor allem in chirurgischen Fächer verschlechtert sich somit die Qualität der Ausbildung;
- müssen stationäre Patienten oft *zweimal* innerhalb von 24 Stunden an einen anderen diensthabenden Arzt übergeben werden, nämlich vom Arzt im Tagdienst auf den im Nachtdienst und von diesem auf den nächsten Tagdienst. Bisher kam man mit einer Übergabe aus, da der Arzt im Tagdienst anschließend nächtlichen Bereitschaftsdienst hatte. Jede Übergabe von Patientendaten birgt eine statistische Häufung von Fehlerquellen, die sich somit verdoppelt.

Zur Verhinderung dieser Missstände wurde keinerlei Vorsorge getroffen, weil einerseits die Spitalsträger nicht die notwendigen Mittel hatten, mehr Ärzte einzustellen, andererseits man die ohnehin schon lange Ärzteausbildung nicht noch weiter verlängern wollte. Hinzu kommt, dass (a) noch mehr Ärzte die Gesundheitskosten pro Kopf Bevölkerung, die jetzt schon deutlich über dem EU-Schnitt liegen, weiter anheizen würden, und (b) gar nicht mehr Ärzte eingestellt werden können, einerseits weil es sie nicht mehr gibt (s.u.), andererseits weil die Spitalsträger mit einer 30-40%igen Gehaltserhöhung, die sie ihren Ärzten im Zuge der neuen Arbeitszeitregelung gewähren mussten, bereits finanziell ausgelaugt sind. Denn die Ärzte wollten aufgrund der geringen Zahl an Nachdiensten, die mit der Reduzierung ihrer Arbeitszeit einherging, keinen Einkommensverlust erleiden.

Die EU-Richtlinien zum Arbeitszeit von Spitalsärzten wurden bei uns rigider ausgelegt als notwendig. Sowohl die durchgehenden Arbeitszeiten (am Stück) als auch die Ruhezeiten würden eine wesentlich flexiblere Handhabe zulassen als hierzulande gesetzlich festgelegt, ohne dass deshalb für Patienten die Gefahr besteht, von einem übermüdeten Arzt behandelt zu werden.

2. Die Mediziner nach Abschluss ihres Studiums im Land halten

Über ein Drittel der Absolventen eines Medizinstudiums verlassen danach das Land und lassen sich im Ausland weiterbilden. Wie viele tatsächlich wieder zurückkehren, ist ungewiss. Die Folgen sind, dass frei gewordene Ausbildungsstellen in Spitälern schwer bis gar nicht zu besetzen sind, dasselbe gilt für Niederlassungen von Allgemeinärzten in ländlichen Regionen, in den Lokalzeitungen nehmen die Anzeigen für freie Arztstellen rapide zu.

Autor: Dr. Wolfgang Schütz

© April 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Österreich gehen die Ärzte aus

Seite 2 von 7

Der Grund für die Abwanderung ist die im Ausland vielfach wesentlich bessere Weiterbildung nach dem Studium, insbesondere zum Allgemeinarzt, dem Rückhalt der ärztlichen Versorgung. Denn die Zahl an Allgemeinärzten ist in Österreich seit zehn Jahren im Verhältnis zu den Fachärzten empfindlich im Sinken. Viele Medizinabsolventen glauben, dass Allgemeinärzte nur Ärzte zweiter Klasse seien, und tatsächlich ist nicht nur deren Ausbildung kürzer (vier Jahre, zum Facharzt sechs Jahre), sie verbringen den Großteil ihrer Ausbildung im Spital, wo sie später nie mehr arbeiten werden, und sie werden in den Spitälern auch nicht gerne gesehen, da sie turnusmäßig mehrere Fächer durchlaufen müssen und daher in den Spitalsbetrieb schwer einzugliedern sind.

Die Ausbildung für Ärzte in Allgemeinmedizin muss daher nicht nur zeitlich an die Facharztausbildung angepasst werden, sondern muss sich auch grundlegend von dieser unterscheiden. Sie darf nicht, wie derzeit, ein Schnellsieverfahren für jedes ärztliche Sonderfach im Sinne eines seriellen Durchlaufens der einzelnen Fächer sein. Vielmehr muss das spätere Berufsleben eines niedergelassenen Allgemeinarztes bereits in der Ausbildung abgebildet, gleichsam vorweggenommen sein. Der Arzt in Ausbildung für Allgemeinmedizin muss mit den einzelnen medizinischen Sonderfächern parallel, besser integrativ, konfrontiert werden. Nicht er wandert von Sonderfach zu Sonderfach, sondern wie in einer späteren Ordination bleibt er immer in derselben Unit (= am selben Platz) und die Patienten kommen zu ihm. Für diese Art der Ausbildung, einer Lehrpraxis mit didaktisch geschulten Allgemeinärzten, fehlten bei uns aber immer schon die Finanzmittel, sie reichen derzeit nicht einmal für ein halbes Jahr.

Entscheidend für die Anziehungskraft ausländischer Spitäler (vorzugsweise Deutschland, skandinavische Staaten, U.K.) für die ärztliche Weiterbildung sind aber auch das bessere Umfeld am Arbeitsplatz, insbesondere höheres Engagement der ausbildenden Ärzte, ein durchgängig strukturierter Weiterbildungsverlauf, tatsächliche Integration in das Gesamtteam und eine optimale Aufteilung zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Gerade der letzte Punkt ist in Österreich nur mühsam durchzusetzen, da hier Pflegepersonalmangel im Vergleich zu anderen entwickelten Staaten, den OECD-Staaten, herrscht und Ärzte noch Tätigkeiten verrichten, die in anderen Ländern das Pflegepersonal schon längst übernommen hat, wie die Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen, Vorbereitung und Anschluss von Infusionen, Blutentnahme aus einer Vene, Setzen von Blasenkathetern, Durchführung von Einläufen und Legen von Magensonden.

Autor: Dr. Wolfgang Schütz

© April 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Österreich gehen die Ärzte aus

Seite 3 von 7

3. Weniger Spitäler, dafür viele Primärversorgungseinheiten (PVE)

Trotz eines markant spürbaren Ärztemangels hat Österreich nach Griechenland die höchste Ärztedichte aller OECD-Staaten. Der Grund dafür liegt im Spitalsüberhang, Österreich hat viel zu viele Spitäler, liegt international an der Spitze bei Spitalseinweisungen und Spitalsbetten. Die Erklärung für all diese schlechten Platzierungen ist einfach: für die Krankenanstalten sind die Bundesländer zuständig, eine bundesweite Kontrolle gibt es praktisch nicht bzw. alle bisherigen Ansätze dazu sind gescheitert. Die Länder errichten und betreiben ihre Krankenanstalten nicht nach bundesweiten Interessen, sondern nach politischem Belieben, sei es zur Arbeitsplatzsicherung, sei es zur Akquirierung lokaler Wählerstimmen, sei es zur Stillung prestigeträchtiger Ambitionen von Gemeinden. Auch werden in den Krankenanstalten die international zur Sicherung der Qualität vorgegebenen Mindestfallzahlen oft unterschritten. So ist für jede Art von Operation eine Mindestzahl vorgeschrieben, die ein Chirurg erbringen muss, aber eine Reihe von Krankenanstalten erfüllt diese Mindestfrequenzen für bestimmte Operationen sogar zu weniger als 50%! Somit führt das Festhalten der Länder an den bestehenden Strukturen nicht nur zu vermeidbaren Kostenbelastungen, sondern es wird auch die Qualität der Patientenbehandlung beeinträchtigt. Als nationale Besonderheit kommen die vielen Kuranstalten hinzu, die ebenfalls Ärzte benötigen. Der vielzitierte Ärztemangel in Österreich ist daher kein absoluter, sondern ein relativer: es gibt durch die Überzahl an Spitälern und durch die zahlreichen Kuranstalten zu viele Stellen für Ärzte, welche die Spitals- und Kuranstaltenbetreiber durchgehend alle besetzt haben wollen.

Wenn die Spitäler weniger werden und damit von den Patienten, insbesondere von solchen im ländlichen Raum, wegrücken, gehören sie – wie in vielen Staaten schon gehandhabt – durch Erstversorgungseinheiten (PVE) ersetzt. Hier arbeiten mehrere Ärzte für Allgemeinmedizin zusammen, garantieren damit ausreichende Öffnungszeiten dieser Einrichtung inklusive einer Notversorgung rund um die Uhr. Um die Ärzte herum existiert gleichzeitig ein Netzwerk nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, wie diplomierte Pflegekräfte, Pharmazeuten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, aber auch in Form neuer Berufsbilder wie Bewegungstrainer. Es soll sich um wohnortnahe, extramural (= außerhalb eines Spitals) angesiedelte Netzwerke zur Erhaltung der Gesundheit für die Bevölkerung und der optimalen Betreuung bei Krankheit handeln.

Die PVE müssten das bisherige Hausärztesystem ersetzen, das seine Aufgaben aufgrund gesunkener Attraktivität und fehlender Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit schon lange nicht mehr erfüllen kann.

Autor: Dr. Wolfgang Schütz

© April 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Österreich gehen die Ärzte aus

Seite 4 von 7

Die Schwierigkeiten, ein PVE-System in Österreich flächendeckend umzusetzen, erscheinen aber gewaltig. Denn es erfordert, dass zumindest 30% der in die Primärversorgung eingebundenen Ärzte Allgemeinärzte sind, in Österreich sind es aber nur 20% und dieser Anteil droht weiter zu sinken (s.o.). Auch würden die Sozialversicherungen dann keine Verträge mehr mit Ärzten als Rechtspersonen, sondern mit den einzelnen PVE abschließen. Damit ist aber der Grundstein für einen Sturmlauf der Ärztekammer gegen das PVE-System gelegt, wie so gerne unter Vorschub eines Nachteils für die Patienten, hier, weil diese ihren Hausarzt verlören. Die Ärztekammer hat bereits mit ihrer schärfsten Waffe, der Vertragskündigung mit den Gebietskrankenkassen, gedroht, sollte ein PVE-Gesetz tatsächlich so beschlossen werden.

Wird für einen Patienten eine fachärztliche Abklärung benötigt, so sollte von einer PVE an einen niedergelassenen Facharzt überwiesen werden können, von denen es derzeit ebenfalls viel zu wenig gibt. Für die einzelnen Versorgungsstufen, PVE (Primärversorgung) – niedergelassene Fachärzte (Sekundärversorgung) – Spitäler (Tertiärversorgung), ist jedenfalls ein abgestimmter Strukturplan erforderlich, für den nur gelten kann: alle Macht dem Bund! Nur bei einer bundesweiten Festlegung zur Verteilung der Spitäler ist eine deutliche Reduzierung von deren Zahl und eine Spezialisierung jedes einzelnen Spitals überhaupt möglich. Die Grenzen der Bundesländer dürfen dafür jedenfalls keine Vorgabe für die Verteilung von Spitälern und PVE sein. Könnte die Zahl der Spitalsbetten um die Hälfte reduziert werden, womit Österreich die niedrige Spitalsbettenzahl skandinavischer Länder noch gar nicht erreicht hätte, wäre damit eine annähernd vergleichbare Reduktion an Stellen für Spitalsärzte verbunden.

Erst ein funktionierendes System der primären (PVE) und sekundären Versorgung (niedergelassene Fachärzte) wird in der Lage sein, den steigenden Zustrom in die Spitalsambulanzen zu dämmen. Diese werden vor allem von Patienten aus einkommensschwachen Ballungsgebieten aufgesucht, wo kein Kassenvertragsarzt mehr zu finden ist, oder dessen Ordinationen so überfüllt sind, dass Patienten abgewiesen werden müssen. In den deshalb völlig überlasteten Spitalsambulanzen, der auch mit Abstand teuersten Form einer ambulanten Behandlung, bündeln sich gleichsam die Fehlleistungen unseres derzeitigen Gesundheitssystems. Denn eigentlich sind sie nur für die Versorgung von Notfällen und zur Nachsorge nach stationären Aufnahmen vorgesehen. Darüber hinaus haben sie in unserem Gesundheitssystem gar keinen gesetzlichen Versorgungsauftrag.

Autor: Dr. Wolfgang Schütz

© April 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Österreich gehen die Ärzte aus

Seite 5 von 7

4. Öffentliche Gesundheitsfinanzierung aus einer Hand

Österreich ist neben Griechenland der einzige EU-Staat, bei dem sich die Aufteilung der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung auf zwei Hände verteilt, nämlich 40% der Gesamtausgaben werden aus Steuereinnahmen bestritten und 60% aus Mitteln der Sozialversicherung. In allen anderen EU-Staaten erfolgt die Gesundheitsfinanzierung entweder nur aus Steuereinnahmen oder ganz überwiegend über die Sozialversicherungen. Alle Staaten schaffen also eine öffentliche Gesundheitsfinanzierung aus weitgehend einer Hand, bei uns hingegen erfolgt die Finanzierung aus zwei konkurrierenden Systemen. Als Folge versucht im österreichischen System jeder Teil die Kosten auf den anderen abzuwälzen. Der über die Länder und damit aus dem Steuertopf finanzierte Spitalsbereich, wo die Ambulanzen überquellen, ruft nach mehr Kassenpraxen im aus der Sozialversicherung finanzierten niedergelassenen Bereich, die überwiegend finanzschwachen Kassen denken aber nicht daran, solche Finanzierungen zu übernehmen. So wird z.B. für hochpreisige Arzneimittel von Seiten der Sozialversicherung argumentiert, diese gehörten nur in einer spezialisierten Abteilung einer Krankenanstalt verabreicht, die Spitalsträger hingegen denken genau entgegengesetzt und dieses gegenseitige Auspielen von Zuständigkeiten lässt sich weiterspinnen.

Fazit: Einerseits durch die bundesweite Reduzierung der die Tertiärversorgung bestimmenden Spitäler (Punkt 3), andererseits durch die Zusammenführung der Finanzierung für die Spitäler und für den niedergelassenen Bereich („Finanzierung aus einer Hand“, Punkt 4) ließe sich viel Geld einsparen, der Bundesrechnungshof hat dafür EUR 4.75 Milliarden pro Jahr errechnet. Mit diesen eingesparten Mitteln sollte sowohl PVE (Primärversorgung) als auch Facharztpraxen (Sekundärversorgung) flächendeckend ausgebaut werden.

Über den Autor:

Dr. Wolfgang Schütz

1948 in Wien geboren, seit 10/2016 als Universitätsprofessor für Pharmakologie emeritiert.

Ausbildung

1973 Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde, 1984 Facharzt für Pharmakologie.

Beruflicher Werdegang

ab 1973 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Pharmakologischen Institut der Universität Wien; je einjährige Forschungsaufenthalte in München und Düsseldorf; 1983 Habilitation in Pharmakologie und Toxikologie; 1993 Berufung als Ordinärer Universitätsprofessor an das Institut für Pharmakologie der Universität Wien, 1995-2000 Vorstand des Instituts.

Ämter und Funktionen

1994-1996 Vorsitzender der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Wien und des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien; 1995-2014 Vorsitzender der Heilmittel-Evaluierungskommission (HEK) im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger; 1996-2003 Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Wien; 2003-2015 Rektor der Medizinischen Universität Wien.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Expertinnen und Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dr. Wolfgang Schütz

© April 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Österreich gehen die Ärzte aus

Seite 7 von 7